

G. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden 138 Sterilitätspatientinnen in einem Zeitraum von März 1996 bis August 1998 ambulant mikroinvasiv hysteroskopiert. Alle Hysteroskopien wurden ohne Narkose oder Lokalanästhetikum durchgeführt. Eine Dilatation des Cervikalkanals war in keinem Fall notwendig. Als Indikation zur Hysteroskopie fanden sich in 64 Fällen eine primäre und in 74 Fällen eine sekundäre Sterilität. Das Durchschnittsalter der Patientinnen betrug 34,6 Jahre. Es bestand eine Kinderwunschdauer von 1 Jahr bis 15 Jahre. Die genauen Daten sind Tabelle 2 und 3 zu entnehmen.

Die endoskopische Inspektion von Cervix und Cavum uteri mittels mikroinvasiver Hysteroskopie ermöglicht eine genaue makroskopische Betrachtung dieser Organe. Dabei konnten spezifische Veränderungen, die möglicherweise eine Nidation oder Weiterentwicklung einer Gravidität behindern, erkannt und beschrieben werden. Unsere Ergebnisse zeigen, daß aus einem Kollektiv von 138 Sterilitätspatientinnen bei 126 Frauen (91%) die ambulante mikroinvasive Hysteroskopie ohne Cervikalkanal Dilatation und mechanische Streckung der Cervixkanal – Cavum Achse oder Anhaken der Muttermundlippe am Tag der Untersuchung möglich war. Es konnte in 90,5% der Fälle ein Befund erhoben werden. Von diesen Frauen hatten nur 52 Patientinnen (41%) ein völlig unauffälliges Hysteroskopieergebnis. Das bedeutet, daß bei diesen Frauen der Uterus regulär geformt und das Endometrium zyklusgerecht aufgebaut war.

Bei dem größeren Anteil der Patientinnen, nämlich bei 74 Frauen (59%) wurden uterine Auffälligkeiten diagnostiziert. Als behandlungsbedürftige Pathologien und damit als relevant für den bestehenden Kinderwunsch wurden die Befunde bei 61 Patientinnen (48%) eingeschätzt. Bei diesen Ergebnissen muß berücksichtigt werden, daß konkrete Vorbefunde z.B. auch Ultraschallbefunde, vorherige Behandlungsabläufe oder eine entsprechende Anamnese zur Entscheidung führten, eine hysteroskopische Abklärung durchzuführen.

Am Häufigsten fanden sich Pathologien des Endometriums. Bei 27 Patientinnen (21%) wurde ein polypöses bzw. atrophisches Endometrium oder auch eine Endometritis festgestellt. Nur bei einer dieser Patientinnen war die Veränderung so gering, daß daraus keine weitere Konsequenz abgeleitet wurde. Alle anderen Patientinnen wurden aufgrund des Hysteroskopieergebnisses weiter behandelt. Einer Patientin wurde sogar die operative Abklärung empfohlen (Tab. 5).

An zweithäufigster Stelle findet sich die Gruppe von Patientinnen, bei denen ein unregelmäßig geformtes Uteruscavum mit einem regulär ausgebildeten Endometrium diagnostiziert wurde. 10 Patientinnen (8% der hysteroskopierten Frauen) hatten einen Uterusbefund, der nicht der Norm entsprach. Bei den meisten dieser Frauen (9 Patientinnen) wurde diese Veränderung als so gering bewertet, daß daraus zunächst keine therapeutische Konsequenz gezogen wurde. Nur bei einer Patientin war der Cavumdefekt derart ausgeprägt, daß ihr die operative Abklärung empfohlen wurde (Tab. 6).

Die drittgrößte Gruppe bestand aus neun Patientinnen (7%), bei denen Cavumspathologien kombiniert mit Endometriumspathologien vorlagen. Die Cavumspathologien wurden in Form von unregelmäßiger Cavumsbegrenzung oder auch als Cavum mit Synechien beschrieben. Das Endometrium zeigte die schon beschriebenen Auffälligkeiten (Tab. 11).

Nur bei acht Patientinnen (6%) war eine exakte Darstellung des Uteruscavum mit der mikroinvasiven Hysteroskopie nicht möglich. Das Endometrium konnte dementsprechend nur teilweise beurteilt werden. Zur weiteren Abklärung wurde die Durchführung einer Kontrollhysteroskopie oder eine operative Abklärung empfohlen (Tab.12).

Bei zwei gleichgroßen Gruppen mit sechs Patientinnen (je 5%) wurde durch die Hysteroskopie ein Myom oder eine Uterusfehlbildung diagnostiziert. Bei den Patientinnen wurden in 4 Fällen der Verdacht eines Uterus septus und in 2 Fällen der Verdacht eines Uterus bicornis gestellt. Auch diesen Frauen wurde die operative Abklärung empfohlen (Tab.9).

Die sechs Patientinnen mit dem Uterus myomatosus erhielten bis auf eine Ausnahme alle weiterführende Behandlungen, die der Tab. 8 zu entnehmen sind.

Als nächstes folgt die Gruppe mit den vier Patientinnen (3%), bei denen isoliert Synechien im Uteruscavum vorlagen. Die Durchtrennung der Adhäsionen war direkt mit dem Hysteroskop möglich. In diesem Fall erfolgte durch die diagnostische Hysteroskopie auch gleichzeitig die Therapie (Tab.7).

Nur bei zwei Patientinnen (2%) wurde ein intrauteriner Polyp entdeckt, der sonographisch nicht erfaßt worden war. Diesen Frauen wurde die chirurgische Abtragung des Polypen empfohlen (Tab.10).

Nur bei einer geringen Anzahl von 12 Patientinnen war eine ambulante, mikroinvasive Hysteroskopie am Tag der Untersuchung nicht möglich. Daraus ergaben sich unterschiedliche Weiterbehandlungen und Konsequenzen, die der Tab. 13 zu entnehmen sind.

Nur bei 2 Patientinnen aus diesem Kollektiv erbrachte die mikroinvasive Hysteroskopie letztendlich auch bei weiteren Versuchen kein Ergebnis aus dem ein weiteres Vorgehen abgeleitet werden konnte. Die Untersuchung war bei diesen Frauen auch zu einem anderen Zeitpunkt nicht möglich. Als Grund ist in einem Fall extreme Schmerzhaftigkeit während der Untersuchung und einmal eine Adipositas per magna zu nennen. Für diese Frauen ist die Hysteroskopie in Narkose eine Alternative.

Generell empfehlen wir die minimal invasive Hysteroskopie mit in die Stufendiagnostik der Sterilitätstherapie einzubeziehen, da sie bei minimaler Belastung für die Patientin eine hohe Aussagekraft bietet.